

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 124

TRAITEMENT
DE LA RÉTROVERSION UTÉRINE
PAR LE RACCOURCISSEMENT
DES LIGAMENTS RONDS
NOUÉS AU-DEVANT DES MUSCLES DROITS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Avril 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Delphin MAZADE

Né le 3 Juin 1873, à Antraigues (Ardèche).



LYON

A. REY & C^{ie}. IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1902

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 124

TRAITEMENT
DE LA RÉTROVERSION UTÉRINE
PAR LE RACCOURCISSEMENT
DES LIGAMENTS RONDS
NOUÉS AU-DEVANT DES MUSCLES DROITS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

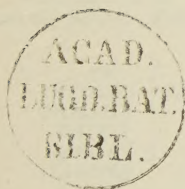
Et soutenue publiquement le 9 Avril 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Delphin MAZADE

Né le 3 Juin 1873, à Antraigues (Ardèche).



LYON

A. REY & C^{ie}. IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Avril 1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSUR.
CROLAS. QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LEPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY. FOCHIER. GAYET. GAILLETON. PIERRET. WEILL. MONOYER. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. FLORENCE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (M.). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). SOULIER. CROLAS.
Cliniques chirurgicales.	
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies mentales.	
Clinique des maladies des enfants.	
Physique médicale.	
Chimie médicale et pharmaceutique.	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie.	
Physiologie.	
Pathologie interne	
Pathologie externe	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique.	
Médecine opératoire.	
Médecine expérimentale et comparée.	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique.	
Pharmacologie	

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	X. —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires.	M. CAUSSE, Docteur ès sciences.

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE. ROUX. COLLET. BOYER. BARRAL. MOREAU.	MM. VALLAS. SIRAUD. DURAND. PIC. PAVIOT.	MM. NOVE-JOSSERAND BÉRARD. SAMBUC. BORDIER. COURMONT (P.).	MM. CHATIN. VILLARD. TIXIER. FABRE. REGAUD.
--	---	---	--

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FOCHIER, Président; POLOSSON (A). Assesseur;

MM. VILLARD et FABRE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Affection et reconnaissance fidèle.

A MON ONCLE

Témoignage de vive gratitude.

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR FOCHIER

Professeur de Clinique obstétricale.

INTRODUCTION

Depuis le jour où, pour la première fois, W. Alexander, de Liverpool, pratiqua le raccourcissement des ligaments ronds contre les rétro-déviationes de l'utérus, le manuel opératoire de l'intervention s'est profondément modifié, les procédés se sont multipliés pour ainsi dire à l'infini, seul le principe du raccourcissement des ligaments ronds est resté intact.

Nous n'avons pas l'intention ici de faire l'étude complète de tous ces procédés ; nous ne ferions que redire ce qui a déjà été écrit maintes fois ; nous voulons seulement attirer l'attention sur un procédé particulier de raccourcissement des ligaments ronds, spécial à M. le professeur agrégé Villard, et montrer notamment que ce procédé est excellent au point de vue thérapeutique, à la condition toutefois d'être réservé aux seuls cas qui en sont justiciables, c'est-à-dire aux rétro-déviationes mobiles, sans lésions annexielles.

Voici le plan que nous avons adopté :

Dans un premier chapitre, nous avons exposé le traitement des déviations de l'utérus par les pessaires, les hystéropexies vaginales et abdominales, et essayé

de montrer qu'entre ces deux modes de traitement pouvait se placer l'opération d'Alquié Alexander.

Le chapitre II aborde l'étude de l'histoire de l'opération d'Alexander, et des procédés plus ou moins variés depuis son origine.

Le chapitre III est consacré à la description du manuel opératoire de M. le professeur agrégé Villard.

Le chapitre IV comprend les observations.

Le chapitre V est réservé à la discussion de la valeur du procédé et à ses résultats.

Dans le chapitre VI figurent les indications de l'opération.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier publiquement tous ceux qui nous ont aidé de leurs conseils et de leurs encouragements au cours de nos études médicales.

Nous garderons un souvenir tout particulier de MM. les professeurs M. Pollosson et Weill qui ont toujours été pour nous pleins de dévouement et de sollicitude.

M. le professeur agrégé Villard a tout spécialement droit à notre gratitude. Maintes fois il nous a donné des preuves sincères de l'intérêt qu'il nous porte ; c'est lui qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et, pour la mener à bonne fin, il ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils ; il a mis à notre disposition toutes les observations qui figurent dans notre thèse : aussi, nous le prions de vouloir bien accepter l'expression de notre vive reconnaissance.

Que M. le professeur Fochier, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous permette de le remercier de l'insigne honneur qu'il nous fait.

TRAITEMENT
DE LA RÉTROVERSION UTÉRINE
PAR LE
RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS
NOUÉS AU DEVANT DES MUSCLES DROITS

CHAPITRE PREMIER

**EXPOSITION ET DESCRIPTION DU TRAITEMENT
DES RÉTRO-DÉVIATIONS UTÉRINES**

Malgré les nombreux moyens de fixité dont dispose l'utérus pour conserver sa position physiologique normale, il n'est peut-être pas d'organe dont la statique soit plus fréquemment en défaut. Les luxations de l'utérus, en effet, quelles qu'elles soient, reconnaissent une origine multiple et variée : toutes les affections, soit inflammatoires, soit organiques du petit bassin peuvent retentir et retentissent souvent sur la matrice pour en opérer le déplacement dans tel ou tel sens; il n'est pas jusqu'aux alternatives de réplétion et de vacuité de la vessie et du rectum qui ne contribuent à faire sentir leur action puissamment sur cet organe. Un simple effort, une chute accidentelle suffit pour créer un changement de position.

Si donc, les déplacements de l'utérus sont si fré-

quents, il n'est point étonnant qu'à toute époque les chirurgiens aient concentré leurs efforts à trouver des moyens capables de le réduire en bonne position.

Mais la réduction en bonne position de l'utérus rétro-dévié n'était pas le seul problème à résoudre : il fallait et surtout assurer le maintien de la réduction. Il suffit de se rappeler combien de moyens, mécaniques ou autres furent essayés pour fixer l'utérus dans sa position normale pour se convaincre de l'insuffisance de ces moyens.

Maintenir l'utérus réduit était toujours l'écueil de la chirurgie et le problème qui exerça fort longtemps la sagacité des gynécologistes les plus compétents.

Les premières tentatives faites dans le but de prévenir la récurrence des rétro-déviation, furent purement et exclusivement mécaniques.

On eut recours tout d'abord aux pessaires de toutes formes, de toutes dimensions : on fit usage de bandages plus ou moins ingénieux ; on soumit les malades elles-mêmes au repos, à l'immobilité complète au lit ; on les obligea à porter les appareils les plus coûteux et, quelquefois, les plus nuisibles, des semaines, des mois entiers, on leur imposa les positions les plus bizarres, les plus invraisemblables.

Pendant de longues années, le traitement des rétro-déviation utérines par les pessaires jouit d'une vogue unanime auprès des gynécologistes qui en firent usage et même abus d'une façon systématique. Il y aurait même de longues pages à écrire sur ces instruments, dits pessaires ; rien qu'à énumérer les gimblettes, les bilboquets, les huit de chiffres, les machines indiennes

et autres, tant l'engouement à cette époque pour ces instruments était à son comble; mais on finit par s'apercevoir que les pessaires n'étaient pas toujours suffisants pour assurer la guérison définitive de la rétro-déviatio*n* et que, d'autre part, ils n'étaient pas sans inconvénients pour la vie génitale de la femme.

Il faut citer, dans cet ordre d'idées, l'opinion de Mathews Duncan. Voici ses paroles textuelles : Les pessaires sont toujours des foyers malpropres qui maintiennent l'attention des femmes constamment fixée sur la partie malade; ils se déplacent facilement et, s'il faut les employer pendant longtemps, il faut les renouveler bien souvent. Ils constituent toujours une addition inutile au contenu de la cavité pelvienne et, s'ils ont quelque action sur l'utérus dévié, c'est en produisant une compression plus forte sur les parties voisines que celle que produirait la déviation utérine elle-même.

De plus, les pessaires ne maintiennent jamais l'utérus à sa place normale; il ne font que changer une mauvaise position en une autre mauvaise.

De même Hamilton (Churchill, *Mal. des femmes*), fait une critique des pessaires dans les termes suivants :

1° Les pessaires ne peuvent agir que comme palliatifs, quel que soit le degré de la maladie;

2° Ils déterminent de l'irritation dans le vagin et augmentent l'écoulement vaginal;

3° A moins d'être parfaitement placés, ils exercent sur les organes pelviens une compression nuisible;

4° S'ils ne sont pas très souvent retirés et nettoyés, ils s'encroûtent de matières calcaires et deviennent une cause d'irritation;

5° Ils condamnent pour la vie la malade aux soins des médecins ;

6° Enfin, de temps en temps, on rencontre des cas où, par suite de la déchirure du périnée, les pessaires sont entièrement inapplicables.

Entre temps, on faisait des essais avec les redresseurs, on s'adressait aux tiges intra-utérines. Kiwisch et Velpeau furent les premiers à les appliquer, mais sans trop de succès ; plus tard, elles furent remises en honneur par Simpson d'Edimbourg, Valleix en France, Tarnowski en Russie. Ces chirurgiens, dès le début, en obtinrent de bons résultats, mais des accidents terribles ne tardèrent pas à éclater à cette époque, où l'antisepsie n'était point connue, et la vogue passagère qui les avait accueillies, se changea en complet discrédit.

Huguier indiquait alors un nouveau procédé de redressement de l'utérus par le vagin à l'aide d'une seule main, et s'attirait de la part d'Aran (*Traité des maladies de l'utérus*, p. 1019) la dure réplique qui suit :

M. Huguier a mis en usage dans la rétroflexion une sorte de redressement mécanique avec la main, que l'on continue pendant quelques jours au moyen de grosses mèches introduites dans le rectum, en ayant soin de donner de l'opium à l'intérieur pour maintenir la constipation. J'ai essayé aussi ce traitement qui serait affreusement douloureux pour les malades, si on ne les plongeait avant le redressement dans le sommeil chloroformique, et je n'ai obtenu que des résultats relatifs ; le résultat a été médiocre, et je ne sais si c'est bien au

redressement, si ce n'est pas plutôt à l'opium que M. Huguier doit faire honneur des bons résultats de sa pratique.

En Allemagne, Schultze employait la même méthode : le redressement de l'utérus était obtenu par l'association des deux mains. Il intitula son travail : *Du redressement bimanuel*.

M. Courty adopta le procédé.

Il place les malades dans la position gènu-pectorale, distend la vulve et le vagin à l'aide d'une valve de Sims pour que l'air puisse y pénétrer facilement et équilibrer la pression abdominale, il introduit ensuite les doigts dans le cul-de-sac postérieur et redresse l'utérus. Si l'organe est mobile, la simple attitude de la femme et la dilatation du conduit vulvo-vaginal permet le rétablissement de la position normale. La femme tous les soirs se fait écarter les parois vaginales et se couche sur le ventre.

Toutes ces manœuvres de redressement sont des manœuvres extra-utérines, c'est-à-dire faites exclusivement avec la main.

Elles ne visent que le premier temps du traitement des rétroversions, c'est-à-dire la réduction et non le maintien de l'utérus dévié.

A côté de ces manœuvres de redressement extra-utérines, il faut citer les manœuvres intra-utérines : celles-ci nécessitent l'emploi de tiges et sondes rigides ; on eut recours à des sondes variées, notamment à l'hystéromètre.

La plupart de ces manœuvres, il faut en convenir, sont abandonnées de nos jours : seul, l'hystéromètre

n'est pas totalement tombé dans l'oubli, mais cet instrument, parfois utile dans certains cas, n'est pas sans inconvénient et sans danger.

Le traitement de la rétroversion utérine entra dans une phase nouvelle, lorsque apparurent les procédés sanglants de fixation de l'utérus. Ces procédés se proposent, les uns de fixer la paroi utérine à une plaie vaginale, ou d'utiliser le raccourcissement des parois du vagin pour maintenir la réduction de l'utérus. Ce sont les *vagino-fixations*, les autres ont pour but de souder l'utérus à la paroi abdominale antérieure, après laparotomie : ce sont les *hystéropexies abdominales*.

L'histoire des vagino-fixations remonte à Amussat qui cautérisait le cul-de-sac postérieur pour créer des adhérences entre le col et la paroi vaginale et maintenir ainsi l'utérus en bonne position.

Richelot père, dans un but identique, suturait le col.

Robertson (*Edimbourg medical and surgical journal*, XVIII) raccourcissait la muqueuse du vagin.

Schmitt (de Cologne) incisait sur la surface antérieure de l'utérus un lambeau triangulaire, la pointe dirigée vers le col, la base vers le fond de l'organe et suturant les bords, il obtenait l'anteflexion de l'utérus.

D'autres opérateurs, plus hardis, incisaient le cul-de-sac postérieur et le premier, dans cet ordre d'idées fut Schuckring (de Pymouth), qui fixait l'utérus à la paroi vésico-utérine.

D'autres auteurs, Duruhsen entre autres, suturaient la face antérieure de l'utérus à une plaie vaginale du cul-de-sac antérieur.

Si l'on en croit Schuckring, ce procédé de fixation

serait infaillible et ne lui aurait donné que des succès.

Nous croyons inutile d'insister davantage sur les procédés de vagino-fixation, aujourd'hui abandonnés. Ils n'eurent, d'ailleurs, que des conséquences médiocres : pas de résultat immédiat ; les troubles fonctionnels et sympathiques persistèrent, et, de plus, la sténose de l'orifice rendit la fécondation et l'accouchement, sinon impossibles, du moins très difficiles.

Les hystéropexies abdominales représentent le second mode de fixation de l'utérus rétrodévié : elles fixent le fond de l'utérus à la paroi abdominale antérieure.

La première hystéropexie abdominale fut pratiquée à l'étranger par Kœberlé le 27 mars 1869, pour un cas de rétroflexion, donnant lieu à des symptômes d'occlusion intestinale chronique. Kœberlé fit la laparotomie, poussa directement les matières accumulées dans l'intestin, ramena l'utérus en avant, enleva l'ovaire du côté sain et sutura le pédicule au bord inférieur de la plaie. La malade fut revue sept ans plus tard et on put constater que l'utérus était fixé à la paroi abdominale, que la rétroversion ne s'était pas reproduite.

En France, l'hystéropexie abdominale fut pratiquée pour la première fois par Terrier ; depuis lors, on a multiplié les opérations d'hystéropexie abdominale ; tour à tour Müller, Schraeder, Lawson Tait eurent recours à cette opération.

Olshausen, Frœnkel, au Congrès de gynécologie de Berlin, Haith, Killy, de Philadelphie ; Sängér, Léopold, Klotz publièrent des cas d'hystéropexie, suivis de guérison.

Il est certain que l'hystéropexie abdominale, en tant

que procédé de fixation, fixe bien. Les statistiques sont nombreuses qui plaident en ce sens, mais il n'est pas moins vrai que la laparotomie, malgré l'antisepsie absolue qui rend toute opération inoffensive ou à peu près, expose à de sérieux inconvénients, à des dangers mortels. On n'intervient pas impunément sur la cavité péritoneale, et nous estimons que pareille opération doit être réservée à des cas plus complexes de rétro-déviations utérines, à celles par exemple qui s'accompagnent d'adhérences péritonéales ou autres.

Il est un troisième procédé de fixation, moins grave, et dont l'efficacité ne fait aujourd'hui plus de doute pour les chirurgiens qui y ont eu recours; nous voulons parler de la méthode connue sous le nom d'« opération d'Alexander ». Ce procédé, dans son principe, consiste dans le raccourcissement des ligaments ronds, comme moyen de réduction et de contention de l'utérus en bonne position.

Sans avoir les inconvénients des moyens mécaniques, et tout en réunissant les avantages des procédés de fixation, le raccourcissement des ligaments ronds, et leur nouement au-devant de la gaine des muscles droits suivant le procédé de M. le professeur agrégé Villard, présente l'incontestable supériorité d'être une opération simple, d'une innocuité absolue, et dont les résultats ultérieurs sont excellents; ainsi qu'en témoignent les observations qui font l'objet du chapitre IV. En résumé, le traitement des rétro-déviations utérines actuellement peut être ramené à trois méthodes.

1^o Utilisation des pessaires après réduction ;

2^o Procédés différents d'hystéropexie ;

3^o Opérations du type de celle d'Alexander qui utilisent le raccourcissement des ligaments ronds comme moyen de maintenir la réduction de la rétro-dévi-
ation.

Le but que nous nous proposons est de montrer que cette dernière méthode, en défaveur dans la région lyonnaise, mérite de prendre une meilleure place dans le traitement des rétro-déviations utérines, et cela surtout, en utilisant un manuel opératoire particulier, dont nous devons la connaissance à M. le professeur agrégé Villard, et que nous décrirons plus loin en détail.

CHAPITRE II

HISTOIRE DE L'OPÉRATION. — PROCÉDÉS PLUS OU MOINS VARIÉS DEPUIS SON ORIGINE

L'opération d'Alexander remonte au milieu du xix^e siècle. Ce fut Alquié, de Montpellier (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1840-41, t. VI, p. 223), qui en conçut le premier l'idée. Le 17 novembre 1840, à l'Académie de médecine, il présentait un mémoire intitulé : « Sur une nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice. » Dans ce mémoire, le professeur de Montpellier proposait le raccourcissement des ligaments ronds dans certains cas de rétroversion de l'utérus. Mais, dans la pensée de son auteur, le raccourcissement des ligaments ronds devait être dirigé non seulement contre la déviation utérine, mais encore contre le prolapsus.

Or, l'expérience est venu démontrer que le raccourcissement des ligaments ronds ne peut absolument rien contre les rétro-déviations qui s'accompagnent de prolapsus, à moins qu'on ne complète l'opération par un procédé de restauration périnéo-vaginale quelconque. En tous cas, le mémoire d'Alquié n'eut aucun retentissement, d'autant que son auteur n'appliqua jamais son procédé sur le vivant,

Dix ans plus tard, Aran, dans son *Traité des maladies de l'utérus*, s'en fit l'adversaire le plus acharné. Voici en quels termes : « Mais le déplacement est permanent, et il y a tout lieu de croire qu'il est la cause des accidents dont se plaignent les malades. Que faire alors ? Nul doute, si la chose était possible, que l'on ne dût agir sur les ligaments, et l'on peut même se demander, avec M. le professeur Alquié si, pour les abaissements et les rétroversions, il n'y aurait pas lieu de raccourcir artificiellement les ligaments sus-pubiens, mais ce sont là des choses sinon impraticables, du moins dont l'exécution présente de sérieuses difficultés et des dangers tels, qu'on ne saurait les recommander expressément. »

Plusieurs années après, Ravington (*Med. Press. circul.*, 1872), Denefle (*Revue médicale belge*, 1885), Roux, de Lausanne (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1888), se disputent tour à tour l'honneur d'avoir les premiers pratiqué le raccourcissement des ligaments ronds contre le prolapsus utérin.

Vers 1857, B. von Langenbeck, de Berlin, avait déjà tenté l'opération sur le vivant, mais sans succès.

Quoi qu'il en soit de toutes ces réclamations de priorité il semble évident que l'idée de l'opération revient à Alquié de Montpellier, et qu'elle fut exécutée pour la première fois sur la femme vivante par W. Alexander de Liverpool, le 14 décembre 1881. Il s'agissait d'un prolapsus utérin.

En juin 1882, Adams, de Glasgow, pratiqua la deuxième opération qui, du reste, échoua complètement.

Malgré ce fait malheureux, elle compta en Angleterre de fervents adeptes. Macfie, Campbell, Carlisle, Reid, Elder, Burton de Liverpool, Gardner, Imlach s'en déclarèrent partisans convaincus et eurent de nombreux succès à enregistrer. Lawson Tait eut un résultat favorable, malgré une suppuration abondante.

En 1885, Alexander rapporte quinze nouvelles opérations personnelles où il n'eut aucun insuccès à déplorer, mais en faisant toutefois remarquer qu'il fallait parfois compléter l'opération par une restauration du plancher périnéal.

Imlach apporta à la même époque quatorze observations tendant toutes à prouver l'efficacité de l'opération dans la rétroflexion chronique de l'utérus.

En Allemagne, l'opération d'Alexander, malgré les succès heureux qu'elle avait donnés entre les mains des chirurgiens anglais ne put prendre droit de domicile.

Sanger, à la Société obstétricale et gynécologique de Leipzig, lut un mémoire, dans lequel il déclara n'avoir jamais eu de bons résultats de l'opération d'Alexander.

Skutsch, d'Iéna, la condamna à l'avance, comme ne pouvant donner les résultats qu'on serait en droit d'en attendre.

En France, l'opération d'Alexander eut à peu près le même sort qu'en Allemagne; elle fut délaissée systématiquement, à la suite des recherches cadavériques de MM. Hache et Tissier, recherches qui leur démontrèrent que cette opération présentait de réelles et sérieuses difficultés.

Doléris et Ricard tout d'abord partagèrent cette opinion. Ce ne fut que plus tard qu'ils reconnurent, après

des recherches plus minutieuses, que la découverte et la recherche des ligaments ronds était en réalité chose plus facile qu'ils ne l'avaient pensé tout d'abord.

Ces recherches anatomiques de Doléris et Ricard ouvrirent pour l'opération une ère toute nouvelle.

En effet, en 1889, M. Schwartz, après lecture à la Société de chirurgie, de dix cas d'opération d'Alexander qu'il avait pratiqués depuis 1888, concluait en disant que l'opération d'Alexander est une bonne opération pour les déviations réductibles ou réduites, à condition que l'utérus ne soit pas trop augmenté de volume, ni de poids. Quénu, Trélat, Segond, Terrillon et Delbet se montrent partisans convaincus de l'opération d'Alexander, réservée aux rétro-déviations mobiles.

MM. Doléris et Duret, de Lille, la préconisent hautement, mais l'associent toujours à un procédé de restauration vagino-périnéale, car le déplacement ne va pas sans un certain degré de prolapsus.

Ainsi l'opération d'Alexander, après avoir subi des alternatives de faveur et d'abandon, semble aujourd'hui devenir à nouveau en honneur, tout au moins dans certaines indications précises.

Depuis l'époque où W. Alexander réalisait opératoirement les idées théoriquement émises par Alquié, le manuel opératoire de l'intervention a subi de nombreuses variations : seul le principe du raccourcissement des ligaments ronds est resté intact.

Alexander opérait de la façon suivante : Dans un premier temps, incision cutanée parallèle à la direction du trajet inguinal, dont la partie moyenne répondait à l'épine iliaque antérieure et supérieure. La longueur

totale de l'incision variait entre 2 cm. 50 et 5 centimètres. L'anneau inguinal une fois découvert, recherche du lobule graisseux, sis à ce niveau et du nerf abdominogénital en avant du ligament rond, puis avec une sonde cannelée ou l'aiguille de Cooper, on chargeait tout le contenu du canal.

Au deuxième temps, des tractions étaient exercées sur le ligament rond, tout en l'isolant du tissu cellulaire voisin, avec une pince à forcipressure, on saisissait le ligament à son extrémité et on appliquait un tampon compressif sur la plaie ; des manœuvres identiques étaient alors faites du côté opposé.

Au troisième temps, réduction de l'utérus à l'aide de l'hystéromètre. Dans le cas de prolapsus, réduction manuelle, traction sur les ligaments ronds, dont on réséquait 3 à 5 centimètres.

Enfin, dans un quatrième temps, avec un fil de soie ou au catgut, et de haut en bas, on traversait le pilier interne de l'anneau inguinal, l'extrémité du ligament rond, et le pilier externe, un deuxième fil était passé en sens inverse. Ces deux fils étaient noués, mais d'une façon modérée. Les extrémités des ligaments ronds étaient pelotonnés à la partie inférieure de la plaie, au cas où ils n'avaient pas été réséqués.

Drainage, sutures superficielles, pessaire de Hodge. La malade était reportée dans son lit, les genoux relevés par un coussin pour éviter toute traction sur les sutures des ligaments ronds.

Tel fut le procédé opératoire que M. Alexander suivit fidèlement dans toutes ses opérations de raccourcissement des ligaments ronds.

Les modifications qui ont suivi peuvent être ramenées à deux types :

Le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds.

Le raccourcissement extra-péritonéal.

Le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds implique l'ouverture du péritoine, pour aller à la découverte du ligament rond.

C'est le procédé suivi par G. M. Edebohls (A modified Alexander-Adam's opération, *New-York med. Journal*, 11 octobre 1890, p. 400 et *Ann. de Gynécologie*, décembre 1896, p. 612) qui incise le canal inguinal dans toute son étendue.

H. P. Newman avait déjà adopté ce procédé, un an plus tard environ, au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, tenu à Pau en 1892. Charlot se constitua partisan convaincu du mode opératoire, préconisé par Edebohls, et suivit une technique identique en incisant le trajet inguinal en entier pour suturer le ligament rond dans toute l'étendue du canal.

Kocher et Otto Lanz après lui apportèrent dans le manuel opératoire du raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, quelques modifications de détail et s'il faut en croire ces chirurgiens, ce serait là la meilleure technique à suivre.

Voici en quoi consiste le procédé Kocher : Une longue incision cutanée est menée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'anneau inguinal, parallèlement à l'arcade crurale. Incision totale de la paroi antérieure du canal. Le ligament rond isolé est renversé tout entier en dehors, et c'est dans la direction de l'épine iliaque

antérieure et supérieure que les tractions sont exercées sur lui. Il faut que le capuchon péritonéal qui enveloppe le ligament soit sorti de l'anneau inguinal interne d'une longueur de 3 à 5 centimètres. Kocher prend le péritoine dans la suture fixatrice. Par un surjet à la soie, il unit le ligament à l'aponévrose du grand oblique entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le canal inguinal. Il suture le reste de l'aponévrose de façon à fermer le canal inguinal, tout en ayant soin de prendre la paroi profonde dans les anses du fil : puis la portion exubérante du ligament est excisée et la plaie cutanée réunie. Ce procédé opératoire, comme du reste tous les procédés similaires qui ont utilisé le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds contre les déviations de l'utérus peuvent donner et ont donné de fait de bons résultats, mais on peut leur adresser le double reproche d'être un peu compliqués et susceptibles de présenter parfois des dangers.

Avec le raccourcissement extra-péritonéal l'opération perd tout caractère de gravité, devient d'une simplicité merveilleuse, et les résultats n'en sont pas moins complets. A tel point que la plupart des gynécologistes actuellement se rallient à cette dernière technique, du raccourcissement extra-péritonéal, sauf quelques variantes seulement dans l'exécution du manuel opératoire, les uns préconisant tel mode d'incision cutanée, d'autres suturant les ligaments ronds aux piliers ou à l'angle supérieur de l'anneau, d'autres enfin les fixant sans les réséquer.

C'est ainsi que E. Casati, de Rome (*Raccogl. med.*, 1887, nos 5, 8, donne à l'incision cutanée une forme

curviligne, allant d'un anneau inguinal à l'autre, puis il croise les extrémités des ligaments incisés et les fixe profondément par une suture cutanée au catgut.

Roux, de Lausanne (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 1888, p. 645) veut une incision cutanée d'au moins 6 à 7 centimètres, et une résection étendue du ligament rond jusqu'au niveau de son enveloppe péritonéale. La suture du ligament rond est faite à la soie fine : chaque point de suture traverse l'un des piliers, le ligament rond, la paroi postérieure du canal et l'autre pilier. Le point suivant parcourt le même chemin en sens inverse. Il supprime le pessaire de soutien post-opératoire, sauf dans certains cas où il maintient un pessaire intra-utérin.

Dans le procédé de M. Schwartz (*Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1889), on pratique une incision oblique en bas et en dedans, empiétant beaucoup plus sur l'abdomen que sur la grande lèvre : l'incision est faite en dehors de l'épine pubienne, qui sert de point de repère.

Pour faciliter la découverte du ligament rond, M. Schwartz recommande l'incision de la paroi antérieure du canal inguinal. Il raccourcit les ligaments ronds, d'une longueur de 6 à 9 centimètres, suivant les cas, puis les fixe aux piliers au moins par deux points de suture ; l'extrémité libre du ligament n'est pas réséquée, elle est pelotonnée à la partie interne de l'incision. L'utérus est maintenu en place à l'aide d'un tampon intra-vaginal de gaze iodoformée ; au bout de cinq à six jours, le tampon est retiré et remplacé par un plus petit. Pendant un mois ou deux la malade porte encore un tampon ou un pessaire.

M. Doléris employait le procédé suivant : « Les ligaments ronds, une fois raccourcis et fixés aux piliers de chaque côté, le tronçon libre d'un des ligaments (le droit par exemple) détaché à son insertion pubienne était saisi dans les mors d'une pince, introduite dans l'orifice du côté opposé (côté gauche) et portée sous la peau, au-devant du pubis, à la rencontre du tronçon du ligament gauche qui était ramené de même dans l'incision droite, après avoir été isolé. L'accolement et la suture de ces deux tronçons étaient pratiqués après avivement préalable des deux surfaces. M. Doléris a abandonné plus tard son procédé comme trop compliqué.

M. P. Segond (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1889) a imaginé un procédé bien différent de celui de M. Doléris. M. Segond fixe le ligament rond à l'angle supérieur de l'orifice inguinal, puis, par deux incisions pratiquées tout près et parallèlement au bord libre des piliers, vers leur partie moyenne, il obtient deux petites boutomières qui lui servent à nouer le ligament autour des piliers. Deux sutures fixent le nœud et simultanément rapprochent les piliers. Ainsi, on assure au ligament une très solide fixation.

Quant au procédé de M. Le Dentu (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1890), sa caractéristique est la fixation des ligaments ronds au périoste du pubis.

Cinq ans plus tard, au Congrès de gynécologie d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux, 8-14, août 1895, M. Duret (de Lille) fit connaître un nouveau procédé opératoire de raccourcissement des ligaments ronds. Ce chirurgien préconise, comme incision cutanée, une incision elliptique, dont les deux extrémités aboutissent

aux anneaux inguinaux, tandis que le sommet de la courbe répond à la symphyse pubienne, puis, après incision complète du canal inguinal, il isole les ligaments ronds et les noue l'un à l'autre par un triple nœud dont la masse est alors fixée au tissu fibreux pré-symphysien. Le reste du ligament rond est suturé au trajet inguinal.

C'est un procédé identique à peu près à celui de M. Duret, que M. le professeur agrégé Villard a suivi dans ses interventions, ignorant du reste complètement le procédé du chirurgien de Lille.

Avant d'entrer dans la discussion de la meilleure méthode et des indications opératoires, nous allons tout d'abord exposer en détail le manuel opératoire, suivi dans nos interventions.

CHAPITRE III

MANUEL OPÉRATOIRE

PREMIER TEMPS. — *Incision cutanée.* — Les précautions ordinaires de désinfection étant prises, la région pubienne ayant été minutieusement rasée, on cherche par la palpation à découvrir les orifices externes des canaux inguinaux. On y parvient assez souvent : une incision est alors faite de l'un des orifices à l'autre, en suivant un trajet curviligne, à forte concavité supérieure, de telle sorte que le maximum de la convexité réponde à la symphyse pubienne : de cette façon tout le trajet de l'incision a lieu dans la région pileuse du pubis ; évitant ainsi dans la suite une cicatrice apparente. La section doit être faite franchement jusqu'aux plans aponévrotique et musculaire.

DEUXIÈME TEMPS. — *Découverte des deux ligaments ronds.* — Le lambeau semi-lunaire, ainsi délimité par l'incision, est alors rapidement disséqué et renversé en haut sur la paroi abdominale : il est facile alors d'apercevoir les deux orifices inguinaux externes.

La découverte du ligament rond est relativement aisée, à condition de ne pas vouloir chercher celui-ci en dehors du canal inguinal, mais bien dans la partie

la plus externe de son trajet. Avec des pointes de ciseaux, délicatement on dilacère le mince feuillet lamelleux qui passe au-devant des deux piliers inguinaux et, en disséquant un peu, on découvre le ligament rond complet avec sa gaine fibreuse entourant les organes qui le constituent.

Il faut alors avec une pince hémostatique saisir en masse le ligament rond et, en exerçant des tractions quelquefois assez fortes, on parvient à l'attirer au dehors. On éprouve souvent un peu de résistance au début des manœuvres de traction puis, brusquement tout le ligament lâche ses connexions, et l'on est surpris de la facilité avec laquelle on a attiré une grande longueur au dehors, souvent plus de 10 centimètres.

Au fur et à mesure de la sortie du ligament, il faut le dégager des parties molles qui l'accompagnent, car habituellement un petit cul-de-sac péritonéal accompagne la gaine fibreuse. Cette particularité, si on n'y prend garde, n'a du reste aucune importance.

Les insertions du ligament rond à la grande lèvre sont alors sectionnées, et celui-ci devenu libre, repéré par une pince hémostatique, est protégé par une compresse pendant que des manœuvres identiques découvrent celui du côté opposé.

TROISIÈME TEMPS. — *Réduction de la rétroversion.* — *Nœud des ligaments ronds l'un avec l'autre.* — Les deux ligaments ronds, ainsi isolés, se montrent comme deux cordons résistants, de la grosseur d'une forte plume d'oie ; ils sont alors saisis à pleines mains et attirés très vigoureusement en avant pendant qu'un

aide surveillance, par le toucher vaginal, la réduction de l'utérus. La matrice n'oppose du reste aucune résistance sensible à la traction ainsi exercée, et il est très facile de sentir le fonds utérin venir au contact de la paroi abdominale.

Il est inutile, suivant l'opinion de M. le professeur agrégé Villard, de se servir de l'hystéromètre pour aider à la réduction de la rétroversion, car si la traction sur les ligaments était insuffisante pour produire ce résultat, il s'agirait évidemment de rétroversions adhérentes pour lesquelles, l'opération d'Alexander est à rejeter.

D'autre part, il est avantageux de distendre un peu les ligaments ronds par une tension assez forte de ceux-ci : il est en effet utile de ne pas borner l'effort fait, sur l'appareil ligamenteux à celui nécessaire pour réduire convenablement la rétroversion. Nous croyons que la traction doit être énergique afin de détruire l'élasticité normale des ligaments ronds, élasticité qui, conservée, pourrait aider à une récurrence de la déviation utérine. Afin de détruire totalement l'élasticité des ligaments ronds, et ainsi se mettre à l'abri de cette récurrence possible, M. le professeur agrégé Villard tire très fortement sur les deux ligaments, puis les noue l'un à l'autre par un triple nœud successif, fait immédiatement au ras de la face antérieure des muscles droits, de telle sorte qu'ainsi liés l'un à l'autre, ils constituent une sorte de sangle transversale.

Le nœud ligamenteux ne doit pas être serré trop vigoureusement car on risquerait de compromettre la vitalité des tissus et d'amener une nécrose totale ou partielle des ligaments : fait observé une fois par M. le

professeur agrégé Villard, mais sans résultat fâcheux du reste pour le maintien de la réduction utérine.

Il est nécessaire, pour empêcher les ligaments ronds de se dénouer, de placer au niveau de la ligature deux ou trois points de suture au catgut médiocrement serrés. Pour plus de sûreté enfin, des fils sont placés qui unissent aux tissus fibreux de la symphyse pubienne le nœud ligamenteux.

M. le professeur agrégé Villard a également coutume de faire au niveau des deux orifices externes, des canaux inguinaux quelques points de suture qui rapprochent les piliers et transfixent en même temps les ligaments ronds à ce niveau.

QUATRIÈME TEMPS. — *Sutures.* — La plaie opératoire étant soigneusement asséchée, et l'hémostase étant complète, il ne reste plus qu'à fermer sans drainage. C'est alors qu'on a recours à la suture intradermique, qui a l'avantage de ne laisser comme cicatrice qu'une ligne blanche imperceptible et, comme celle-ci est située entièrement dans la région pileuse du pubis, les femmes ne conservent après leur guérison, aucune marque extérieure de l'intervention pratiquée.

Les suites de l'intervention sont simples : le fil de la suture intra-dermique est enlevé au septième jour ; les malades peuvent se lever dès le dixième ou douzième jour. Il est inutile de leur conseiller le port d'un pessaire pendant la convalescence. Monsieur le professeur agrégé Villard, n'a jamais eu recours à cet adjuvant, et n'a eu en aucun cas à se repentir de cette manière de faire.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS ¹.

OBSERVATION I inédite.

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.

Femme M.... âgée de trente-cinq ans, entrée à la Charité de Lyon, le 23 février 1899.

Aucun antécédent pathologique : cinq grossesses, dont deux gémellaires, terminées sans incident, le dernier accouchement remonte à six mois; il a été suivi de pertes sanguinolentes pendant un mois, et de pertes blanches qui existent encore actuellement. Les douleurs violentes ont apparû vers la fin décembre, s'accompagnant d'irradiations dans le petit bassin, et surtout dans la région lombaire.

Ce sont ces phénomènes douloureux qui ont amené la malade à l'hôpital.

A son entrée, on note qu'il s'agit d'une rétroversion typique, avec un corps utérin volumineux, complètement basculé en arrière.

Deux jours après l'entrée, on pratique la réduction

¹ Nous devons nos observations contenues dans ce chapitre, toutes inédites, à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.

de la rétroversion, l'utérus est maintenu par un pessaire de Hodge.

28 février. — La réduction utérine ne s'est pas maintenue, les douleurs lombaires ayant réapparu, on constate que la rétroversion s'est reproduite malgré les pessaires, on tente à nouveau la réduction par l'hystéromètre, et un pessaire, mieux adapté, est mis en place.

4 mars. — La rétroversion s'étant à nouveau reproduite, et les pessaires paraissant insuffisants pour maintenir la réduction, une intervention sanglante est décidée.

Opération. — Sous anesthésie à l'éther, une incision semi-lunaire à concavité supérieure est menée dans la région pileuse du pubis, allant d'un orifice inguinal externe à celui du côté opposé. Le lambeau cutané, ainsi délimité, est rabattu en haut en découvrant les deux orifices externes du canal inguinal, les deux ligaments ronds, isolés et saisis dans une pince, sont fortement attirés en dehors, pendant qu'un aide, par le toucher vaginal, s'assure de la réduction de l'utérus. Celle-ci étant obtenue, les deux ligaments ronds sont noués ensemble, au-devant de la gaine des muscles droits, et le nœud ainsi formé est suturé au périoste du pubis (12 avril 1899). Le lambeau cutané est rabattu, et suturé suivant le procédé intra-dermique.

Les suites opératoires ont été remarquablement simples : réunion par première intention de la plaie opératoire, la malade est complètement soulagée des douleurs qu'elle présentait auparavant : elle se lève, marche sans difficulté, et se déclare très satisfaite du résultat obtenu.

L'examen vaginal démontre que le fonds de l'utérus est en situation antérieure et solidement maintenu dans cette situation, la malade sort de l'hôpital.

Nous avons eu des nouvelles de cette malade, la guérison s'est maintenue, et bien que nous n'ayons pu vérifier la situation de l'utérus par le toucher, il est intéressant de noter la disparition de tous les phénomènes douloureux.

OBSERVATION II (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.

Jeanne C..., âgée de quarante ans, entrée à la Charité le 9 mars 1899.

Aucun antécédent pathologique ; neuf grossesses, dont une gémellaire.

Depuis quelques mois, la malade se plaint de pertes sanguines, parfois assez abondantes et de douleurs dans le petit bassin, irradiées à la région lombaire.

Au toucher, on constate un utérus, augmenté légèrement de volume, et une rétroversion complète de l'organe ; il n'y a aucun signe de dégénérescence néoplasique du col ni du corps utérin : songeant à une métrite hémorragique, un curettage sous anesthésie est décidé.

10 mars. — *Curettage de l'utérus.* On fait suivre l'intervention d'une réduction de la rétro-déviatiou par le raccourcissement des ligaments ronds ; le procédé utilisé est celui du nouement des ligaments l'un avec l'autre, au devant de la gaine des muscles droits.

La recherche et la découverte des ligaments a été

facile, mais à droite, le ligament rond était un peu anormal et se terminait sous forme d'une boule ligamenteuse au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Si l'on n'avait pas été à la recherche du ligament dans son trajet inguinal, la découverte en aurait été peut-être impossible.

8 avril. — Les suites ont été simples, la malade part guérie : plus de douleurs ni hémorragie, le toucher montre un utérus en situation antérieure.

8 décembre 1901. — Nous recevons des nouvelles de cette femme qui se déclare enchantée de son état actuel et a pu reprendre ses occupations et son travail d'une façon complète.

10 mars 1902. — La malade est revue dans un excellent état de santé : elle est enceinte de sept mois, sa grossesse a évolué d'une façon parfaite ; à aucun moment ne se sont manifesté des douleurs ou des tiraillements quelconques. La cicatrice est absolument invisible, et les étudiants du service, malgré un examen attentif, ne reconnaissent pas les marques de l'intervention pratiquée.

OBSERVATION III (inédite).

(Duc à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.)

C... Eugénie, vingt-huit ans. Aucun antécédent pathologique ; pas d'accouchement antérieur ; pas de fausses couches.

Entrée à la Charité¹ pour des pertes, le 28 mai 1900, remontant à deux mois, pertes sanguines irrégulières,

augmentées par la marche et la station debout : pertes blanches depuis cinq à six ans.

La malade souffre, en outre, de douleurs lombaires, avec irradiations dans la fosse iliaque droite. De temps en temps phénomènes réflexes, s'accompagnant de nausées, de vomissements bilieux et alimentaires, perte de l'appétit, constipation habituelle, ne cédant qu'à l'usage des lavements.

Le toucher montre l'intégrité de l'appareil annexiel de l'utérus : celui-ci est en rétroversion complète et distend par son fonds le cul-de-sac de Douglas, la rétroversion paraît mobile, non adhérente. Sur la proposition qui lui est faite, la malade préfère une intervention sanglante au port d'un pessaire.

30 mai 1900. — *Opération.* — La réduction de la rétroversion est obtenue par la simple traction exercée sur les ligaments ronds, mis à découvert par une incision curviligne de la région pubienne.

Les ligaments, noués l'un à l'autre au-devant des muscles droits, sont suturés au pubis, suture intradermique des plans cutanés.

1^{er} juin. — La malade accuse un soulagement considérable : disparition complète des douleurs (28 juin)

Les suites opératoires ont été très bonnes. A signaler seulement la formation temporaire d'une petite fistulette sur la ligne médiane, due à la mortification d'une partie du nœud ligamenteux.

Disparition des phénomènes douloureux et des métrorragies.

Cicatrice à peine visible.

Au toucher, utérus en situation antérieure, le fond est au contact immédiatement derrière la paroi.

3 novembre 1901. — La malade est revue : elle vient à l'occasion d'une grossesse de 7 mois $1/2$; interrogée elle signale un état de santé parfait depuis l'intervention, tous les malaises d'auparavant ont disparu.

Elle s'est mariée en janvier dernier et elle est devenue enceinte presque de suite. L'évolution de la grossesse a été parfaite, la malade prétend même ne s'être jamais aussi bien portée, plus de vomissements, ni douleur.

L'examen de la malade ne révèle rien de particulier.

OBSERVATION IV (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard)

A. Marie, vingt ans, entrée à la Charité le 5 mai 1900, réglée à treize ans, toujours irrégulièrement. Aucune affection antérieure, ni grossesse, ni fausse couche.

Cette malade vient à l'hôpital, se plaignant de douleurs dans la région lombaire et le bas-ventre, pas d'irradiations dans les cuisses. Ces douleurs sont à peu près continues, et ne cessent que lorsque la malade se repose, la marche les exaspère rapidement, la station debout un peu prolongée devient très vite douloureuse, la station assise même s'accompagne de douleurs, et c'est seulement quand la malade est couchée qu'elle ne souffre pas.

Au moment des règles, les phénomènes douloureux sont exaspérés, et empêchent la malade de continuer son travail. Cet état s'accompagne de phénomènes

nerveux réflexes : vomissements fréquents, plusieurs fois la semaine, sans cause apparente, survenant souvent le matin au réveil.

Phénomènes de gastralgie. — État névropathique accusé. La moindre contrariété provoque chez la malade du tremblement des membres, et même des pertes de connaissance, maux de tête fréquents, asthénie rendant tout travail impossible, appétit diminué.

Rien du côté du rectum : Appareil urinaire normal, menstruation très irrégulière, pertes blanches abondantes dans l'intervalle des règles.

22 mai. — On a tenté la réduction de l'utérus et son maintien par les pessaires. La malade supportant mal les pessaires, se décide à une intervention sanglante.

Celle-ci, pratiquée aujourd'hui, a consisté dans la ligature des deux ligaments ronds l'un avec l'autre au devant de la gaine des droits. Découverte facile des ligaments par une incision curviligne, faite dans la région pileuse du pubis, réunion sans drainage, suture intra-dermique de la peau.

17 juin. — Les suites opératoires ont été très bonnes, petite fistule temporaire sur la ligne médiane.

Le malade quitte l'hôpital, état général très satisfaisant, disparition complète des douleurs, plus de troubles gastriques, cessation des nausées et des vomissements.

Décembre 1901. — Nous n'avons pu retrouver cette malade, mais nous avons su par des gens qui la connaissaient que jusqu'à ces derniers temps, elle était dans un état de santé parfait.

OBSERVATION V (inédite.)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.)

D... Marie, vingt-neuf ans. Aucun antécédent héréditaire ou personnel. Mariée, sans enfants. Pas de fausses couches. Menstruation régulière depuis treize ans.

La malade entre à l'hôpital pour des douleurs dans le bas-ventre avec irradiations lombaires et crurales. Début il y a plusieurs années, mais depuis un an, les phénomènes douloureux se sont accusés : les douleurs cessent par le repos, s'exagèrent par la marche, et existent même dans la position assise. Menstruations très douloureuses obligeant la malade à cesser tout travail et à garder le lit. Etat névropathique accentué. Céphalalgie fréquente, nausées après les repas, constipation habituelle. Le toucher vaginal permet de percevoir facilement une rétroversion complète, ne paraissant pas adhérente : les annexes paraissent saines.

8 juin 1900. — Opération. — Celle-ci consiste dans le raccourcissement des ligaments ronds et le nouement de ceux-ci au-devant des muscles droits, suivant un procédé identique à celui suivi dans les opérations précédentes. L'opération terminée, le toucher vaginal montre l'utérus parfaitement réduit, mais on perçoit, dans le cul-de-sac postérieur, une bride tendue, très résistante, produite par le relèvement de l'utérus ; il s'agit là d'une adhérence que l'examen antérieur n'avait pas révélée.

20 juin. — La malade ne souffre plus : plus de maux

de tête, plus de douleurs lombaires : les règles sont venues, cette semaine, plus abondantes que précédemment et absolument sans douleur : la malade se lève et ne s'en trouve nullement incommodée.

Au toucher, l'utérus est dans la position post-opératoire : son fond est en contact avec la paroi abdominale ; on ne perçoit plus, dans le cul-de-sac postérieur, la bride cicatricielle.

30 juin. — La malade sort dans un état de santé satisfaisant.

Novembre 1900. — La malade est revue ; elle accuse quelques douleurs ; après son départ de la Charité, elle a présenté une petite fistule temporaire due à la mortification d'une partie du nœud ligamenteux.

Décembre 1901. — Nous avons trouvé et revu la malade. Le toucher vaginal montre la réduction parfaite de l'utérus, le fond de cet organe est toujours au contact de la paroi abdominale. Les annexes sont saines, mais les phénomènes douloureux abdominaux existent toujours, quoique moins accentués qu'avant l'opération ; il nous semble devoir être mis sur le compte de l'état névropathique de la malade et peut-être aussi sur le compte d'altérations scléro-kystiques des ovaires, car ceux-ci paraissent augmentés de volume et sont douloureux à la pression.

OBSERVATION VI (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Villard.

F.... Louise, vingt-cinq ans. Parents vivants et bien

portants. Aucun antécédent personnel à noter. Réglée régulièrement depuis treize ans et demi. Mariée à vingt-trois ans. A eu un accouchement normal à terme en mars 1900. Pas de fausse couche.

Depuis trois ans, la malade accuse des pertes blanches qui ont augmenté un peu depuis son mariage; pertes sans caractère d'ailleurs, sans dysurie, sans cystite, sans douleur au moment des règles. Depuis son accouchement, la malade dit avoir éprouvé continuellement une gêne dans son travail. Il s'agit d'une faiblesse générale qu'elle ne précise pas davantage et qui lui interdit des travaux de force dans les membres supérieurs. Elle ne souffre pas dans la station debout et n'éprouve aucune sensation douloureuse dans l'abdomen au moment de ses règles.

Pas de troubles digestifs, ni perte d'appétit, ni vomissement. Constipation habituelle.

C'est pour ces malaises vagues que la malade vint consulter pour la première fois, il y a deux mois, dans l'impossibilité de se livrer aux travaux pénibles des champs.

On lui trouva alors une rétroversion réductible manuellement — et on la congédia avec un pessaire. Elle n'en fut pas soulagée et revient consulter à nouveau.

A l'examen local, on note au toucher vaginal une rétroversion assez prononcée, avec rétroflexion légère : le col est en avant, au contact du bord inférieur de la symphyse ; le fond utérin, apprécié par le toucher vaginal et rectal, occupe le cul-de-sac de Douglas, descendu jusqu'au niveau horizontal du col, et faiblement augmenté de volume.

La rétroversion paraît difficilement mobilisable manuellement, mais la réduction par l'hystéromètre est complète ; pas de lésions annexielles.

L'examen de tous les autres organes est négatif.

En présence de l'insuccès antérieur des pessaires, de la persistance des malaises, d'une part, d'autre part, de la réductibilité par l'hystéromètre et surtout de l'absence de lésions annexielles, l'opération est proposée à la malade et acceptée.

17 décembre. — *Opération.* — Celle-ci est faite suivant un procédé identique à celui que nous avons décrit. Recherche et découverte facile des ligaments ronds au milieu du trajet inguinal. Ceux-ci sont alors fortement attirés en avant et suturés sur la ligne médiane au périoste du pubis, après avoir été noués solidement l'un à l'autre. Sutures intra dermiques.

La réduction et l'élévation de l'utérus se sont maintenues après l'opération.

31 décembre. — La malade est complètement soulagée de ses douleurs, les malaises ont disparu. Depuis trois jours, elle se lève.

A noter, toutefois, une fistulette qui s'est produite sur la ligne médiane de la suture, en rapport avec un peu de mortification du nœud ligamenteux.

10 février 1902. — La malade est revue aujourd'hui, elle est en parfaite santé : l'état général est excellent. l'état local reste bon, l'utérus a conservé sa position normale en antéversion.

15 mars. — La malade est dans un état de santé parfait : elle commence une grossesse.

CHAPITRE V

DISCUSSION DE LA VALEUR DU PROCÉDÉ. SES RÉSULTATS

Le manuel opératoire que nous avons décrit et les observations que nous venons de rapporter nous permettent de discuter maintenant la valeur du procédé. On a tout d'abord adressé à la méthode d'Alexander le reproche d'être une méthode inefficace, parce que la résistance des ligaments ronds était insuffisante pour maintenir la réduction de l'utérus. Les anatomistes et les chirurgiens ont depuis longtemps répondu en montrant que cette opinion était erronée et Beurnier a prouvé expérimentalement que les ligaments ronds pouvaient supporter une traction de plusieurs kilogrammes sans se rompre, résistance plus que suffisante pour maintenir en situation normale un utérus, même alourdi par l'endométrite. Pour notre part, dans toutes nos observations, le ligament rond a été trouvé solide, très résistant, et c'est à pleines mains que des efforts vigoureux pouvaient être exercés sur lui.

On a dit aussi que la recherche des ligaments ronds était anatomiquement difficile, que bien souvent des opérateurs avaient dû abandonner l'opération en cours de route pour cette raison. De fait, la recherche du

ligament rond est facile, à condition d'aller le chercher dans la partie la plus externe du canal inguinal, alors que tous ses éléments sont encore renfermés dans la gaine fibreuse. Si l'on cherche l'organe plus bas, les vaisseaux, les nerfs, les tractus fibreux s'épanouissent en une sorte de bouquet, au milieu duquel il est difficile de reconnaître le ligament rond proprement dit; on s'expose alors à faire une recherche infructueuse. Cette particularité opératoire étant bien présente à l'esprit, on trouvera toujours le ligament rond solide et résistant, susceptible de maintenir la réduction de l'utérus.

On a accusé aussi l'opération d'Alexander de favoriser l'apparition de hernies inguinales en attirant dans le canal un cul-de-sac péritonéal, adhérent au ligament rond. Ce danger n'est pas à craindre, si l'on a la précaution de peler le ligament, au fur et à mesure qu'on l'attire au dehors et surtout de rétrécir l'orifice inguinal externe par deux ou trois points de suture au catgut.

Le dernier reproche, qui a été adressé à l'opération d'Alexander, vise le rôle que le raccourcissement des ligaments ronds peut jouer sur l'évolution d'une grossesse ultérieure et, réciproquement, sur l'action défavorable que peut avoir l'action de la grossesse pour le maintien de l'utérus par l'élongation qu'elle réalise sur les ligaments ronds raccourcis. L'opération d'Alexander expose-t-elle à des accidents au cours de la grossesse?

L'analyse des observations publiées en France et à l'étranger montre l'innocuité de cette intervention; en effet, W. Alexander sur 8 de ses opérées eut 7 accou-

chements faciles, il signale une hémorragie qui, du reste, fut sans gravité.

Dans une thèse de J. Warde (Paris, 1893, *De l'intervention chirurgicale dans les rétro-déviation de l'utérus*), on note 23 observations de grossesse, survenues après l'opération, une seule se termina par avortement.

M. Rivière, de Bordeaux (*Annales de gynécologie*, 1893, p. 232), a fait une étude comparative de l'hystéropexie et du raccourcissement des ligaments ronds au point de vue obstétrical : il a réuni 17 cas de grossesse après hystéropexie, 13 accouchements à terme, 2 accouchements prématurés et 2 avortements. Sur 15 grossesses après l'opération d'Alexander 14 accouchements à terme et un avortement. M. Rivière conclut avec raison que l'opération d'Alexander est supérieure à l'hystéropexie.

M. Lamort, *De l'influence comparée du raccourcissement des ligaments ronds et de l'hystéropexie abdominale* (thèse de doctorat, Bordeaux, 1894), aboutit aux mêmes conclusions : les suites obstétricales, consécutives à l'hystéropexie abdominale donnent, d'après ses recherches, sur 21 cas, 3 accouchements prématurés et 5 avortements : à la suite du raccourcissement des ligaments ronds, les suites obstétricales sont bien meilleures.

M. Pinard publie une lettre, insérée dans la thèse de Lamort, dans laquelle il se montre peu partisan comme accoucheur de l'hystéropexie abdominale « la fixation de l'utérus, dit-il, ne permet pas pendant la grossesse, l'accommodation pelvienne, et expose le fœtus aux mau-

vaises présentations, si la grossesse n'est pas surveillée.

Nos observations personnelles viennent à l'appui des faits précédents. Sur six cas que nous rapportons nous trouvons trois grossesses survenues depuis l'opération : ce résultat est déjà intéressant à noter, car il montre que la réduction utérine a été bonne, et a facilité la fécondation, si difficile dans la rétroversion ordinaire.

Deux de nos malades sont, en effet, devenues enceintes presque immédiatement après l'opération, mais à un point de vue plus important, nous avons vu évoluer trois grossesses, sans aucun incident, sans vomissement exagéré du début, sans douleur, ni tiraillement dans l'abdomen ; une de nos malades vient d'accoucher très normalement.

La grossesse favorise-t-elle par contre le relâchement de l'utérus par la distension imposée aux ligaments raccourcis ?

Les statistiques nous rassurent à ce point de vue et, d'autre part, la fixation par les ligaments ronds n'est-elle pas la fixation la plus physiologique, puisque ces ligaments subissent normalement pendant la grossesse une augmentation de longueur, adaptée au volume de l'utérus, et ensuite une rétraction, normale aussi, lorsque le fœtus a été expulsé.

Les considérations que nous venons d'exposer ont trait à la valeur de la méthode d'Alexander en général ; voyons maintenant la valeur du procédé que nous avons adopté, comparativement aux différents moyens employés pour raccourcir les ligaments ronds.

Nous pensons tout d'abord que notre manière de

faire est supérieure aux opérations qui utilisent le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, après laparotomie.

Il s'agit, en effet, alors d'une opération sérieuse, nécessitant une ouverture assez large de l'abdomen et des manœuvres intra-péritonéales, exposant par conséquent à des dangers d'infection, minimes, il est vrai, et à la possibilité d'éventrations consécutives. S'il est nécessaire d'ouvrir l'abdomen, nous pensons qu'il vaut mieux avoir recours à l'hystéropexie abdominale.

Quant aux procédés extra-péritonéaux, il nous semble que leur point faible est la fixation des ligaments dans leur nouvelle position ; les fils à suture ont une tendance à couper les tissus, et à effilocher le ligament dans le sens de sa longueur ; soit qu'on cherche à fixer l'organe au bord de l'orifice inguinal, ou en tout autre situation.

La formation d'un nœud, constitué par les deux ligaments, attachés ensemble l'un avec l'autre, nous paraît assurer bien plus solidement le raccourcissement. On peut nous objecter que, dans un certain nombre de nos observations, le nœud ligamenteux peut se sphacéler en partie, par suite de la constriction de ses vaisseaux nourriciers : mais en fait cet accident est sans importance, et les malades, qui l'ont présenté, n'en ont pas moins conservé un utérus parfaitement réduit, peut-être même la légère réaction inflammatoire, produite autour des tissus mortifiés, a-t-elle contribué dans une certaine mesure à créer autour des extrémités ligamenteuses une cicatrice fibreuse, solide et adhérente.

Enfin on pourra éviter ces phénomènes de mortification, en ne pratiquant pas un nœud trop fortement fermé, et en ayant soin de ne pas serrer avec trop d'énergie les fils qui le transfixent et en assurent la solidité.

Nous ajouterons, en terminant, que la longue ligne d'incision, qui nous permet de découvrir simultanément les deux orifices inguinaux, nous donne beaucoup de jour, facilite considérablement les manœuvres de recherche et ne laisse enfin, malgré sa longueur, aucune cicatrice disgracieuse. Cette incision en effet réunie par une suture intra dermique, comprise dans toute son étendue, dans la région pileuse du pubis, devient très rapidement invisible, et c'est là un avantage qui doit prendre sa place dans l'appréciation d'une méthode thérapeutique, qui vise le remplacement d'un pessaire incommode ou d'une laparotomie avec hystéropexie.

L'un et l'autre de ces moyens de traitement ne doivent pourtant pas être abandonnés au profit du raccourcissement des ligaments ronds, noués au-devant des muscles droits, et nous devons maintenant en préciser les indications réciproques.

CHAPITRE VI

INDICATIONS

Le raccourcissement des ligaments ronds, pratiqué suivant le manuel opératoire que nous préconisons, nous semble devoir prendre place entre les deux méthodes actuelles de traitement de la rétroversion utérine : les pessaires et les méthodes sanglantes d'hystéropexie. Pour bien comprendre les indications fournies par l'utérus rétrodévié, il faut diviser les rétroversions en rétroversions mobiles sans lésions annexielles et en rétroversions adhérentes, avec périmétrite et salpingo-ovarite.

Les rétroversions mobiles doivent surtout attirer notre attention. En effet, une femme atteinte de rétro-dévi-
tion utérine, se trouve en présence de l'alternative suivante : porter un pessaire pendant un laps de temps, impossible à déterminer immédiatement ou se soumettre à une intervention sanglante, telle qu'une hystéropexie. Les pessaires sont encore actuellement le moyen le plus habituellement employé pour maintenir l'utérus dans une bonne situation : ils sont utilisés, parce qu'ils sont d'un emploi facile et ne nécessitent aucune manœuvre chirurgicale. Ils ne sont pas pour-

tant sans présenter des inconvénients. La présence d'un corps étranger de cette nature dans les voies génitales inférieures de la femme crée toujours une irritation locale du vagin, se traduisant par des pertes blanches, ou un écoulement plus ou moins abondant, et nécessite de la part des malades un surcroît de soins de propreté réalisé par l'usage bi-quotidien d'injections vaginales.

D'autre part, bien qu'on en ait dit, si les femmes supportent généralement très bien le port d'un pessaire, il n'en est pas de même des maris qui, quelquefois, s'en plaignent tant au point de vue physique qu'au point de vue psychique.

Les pessaires, en dehors des légers inconvénients que nous venons de signaler, peuvent offrir des accidents plus sérieux, en créant, lorsque les précautions sont incomplètement prises, des ulcérations vaginales qui en rendent l'emploi dangereux et nécessitent le changement fréquent de l'appareil.

Ces considérations ont fait proscrire à certains auteurs, notamment à M. le professeur Terrier, l'usage de ces appareils. Nous n'irons pas aussi loin. Les pessaires rendent de grands services, mais à la condition d'être employés dans certaines indications. Souvent, en effet, on voit des rétroversions guérir à la suite du port d'un pessaire pendant six mois, un an ou un peu plus ; une rétroversion bien réduite pendant ce laps de temps ne se produit plus lorsqu'on enlève l'appareil de soutien. Ces cas sont surtout fournis par les utérus lourds, en subinvolution, succédant à un accouchement légèrement septique, avec distension des ligaments et décubitus dorsal, trop rapidement abandonné après

couches. Si, dans de telles conditions, on maintient réduite la rétro-déviatiou, en permettant à l'utérus de revenir sur lui-même et aux ligaments de se raccourcir et de se fortifier, le pessaire peut assurer la guérison, mais que de fois aussi, malgré le port d'un anneau longtemps prolongé, la rétroversion se reproduit aussitôt que l'appareil de soutien est enlevé en s'accompagnant des douleurs caractéristiques de la bascule utérine. Que de fois aussi le pessaire maintient mal l'utérus et son port ne s'accompagne d'aucun soulagement véritable. Sängér, à ce point de vue, nous donne une statistique intéressante dans laquelle il accuse 24 pour 100 d'insuccès absolu par l'usage des pessaires. 40 pour 100 des malades ont été seulement améliorées et ce n'est que dans 10 pour 100 des cas que la guérison a été obtenue.

Nous croyons donc pouvoir conclure, qu'en présence d'une rétroversion mobile, sans lésions annexielles, il faudra d'abord faire un essai loyal des pessaires, c'est-à-dire pendant douze à quinze mois environ, et lorsque le traitement aura échoué, il sera rationnnel de proposer autre chose aux malades.

Les femmes sont en effet à ce moment-là en présence de deux alternatives : ou bien porter indéfiniment un anneau vaginal, incommode, irritatif des voies génitales, et non sans inconvénients au point de vue physique et psychique de leur vie de femme. Ne semble-t-il pas que le port d'un pessaire soit loin d'être l'idéal pour la période génitale de la femme ?

La seconde alternative pour les malades, est de se soumettre à une intervention sanglante, innocente et

ne réclamant qu'une quinzaine de jours de repos environ.

Cette intervention sanglante sera ou une hystéropexie, ou le raccourcissement des ligaments ronds, noués au-devant de la gaine des muscles droits.

Dans le parallèle de ces deux opérations, nous ne viserons que l'hystéropexie abdominale, laissant complètement de côté les hystéropexies vaginales, dont les résultats se sont montrés déplorables au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.

L'hystéropexie abdominale, bien qu'innocente avec nos moyens actuels d'antisepsie, nous apparaît comme une opération, infiniment plus sérieuse que le raccourcissement des ligaments ronds impliquant l'ouverture de la cavité péritonéale ; elle nécessite les plus rigoureuses précautions de propreté, car la moindre faute peut avoir de redoutables conséquences. Son manuel opératoire d'autre part est sans aucun doute plus compliqué qu'une opération qui n'ouvre pas l'abdomen, et se limite à l'incision des plans cutanés et sous-cutanés de la paroi abdominale.

L'opération d'Alexander ne comporte absolument aucune gravité.

L'hystéropexie expose en outre à la possibilité d'une éventration consécutive, comme nous l'avons dit précédemment — elle laisse une cicatrice apparente : rien de semblable avec le procédé que nous préconisons.

Nous avons vu enfin, qu'au point de vue de la grossesse le raccourcissement des ligaments ronds, créait un moyen de contention de l'utérus élastique et rétractile, très solide, et suivant physiologiquement les

augmentations de volume de la matrice. Nous croyons donc que si l'on se décide à pratiquer une intervention sanglante pour opérer la cure radicale d'une rétroversion mobile, il faudra préférer notre procédé d'Alexander modifié, à la pratique de l'hystéropexie.

Nous ne voulons pas rejeter l'opération de la fixation abdominale de l'utérus rétroversé d'une façon systématique. Et, si nous pensons que l'Alexander doit l'emporter sur l'hystéropexie, dans le traitement des rétroversions mobiles, sans lésions annexilles, la conduite chirurgicale change, lorsque la matrice est adhérente ; c'est là du reste le second point de vue, que nous devons envisager maintenant.

Dans les rétroversions adhérentes, il existe d'une façon à peu près constante, pour ne pas dire toujours, des lésions inflammatoires de l'appareil tubo-ovarien. Ce sont elles qui rendent la rétroversion plus douloureuse et qui, par cela même guident la conduite chirurgicale. Le port d'un pessaire est inutile et douloureux ; il est nécessaire de libérer l'utérus de ses adhérences, lorsque celles-ci ont résisté aux différents procédés de massage et de tamponnement préconisés dans ces dernières années. D'autre part, le rapport de cause à effet qui unit les lésions annexielles aux adhérences utérines, indique de pratiquer une intervention sanglante, qui seule obtiendra la libération de ces adhérences, tout en permettant de traiter la *Salpingo-ovarite*.

Ces considérations font prévoir d'emblée que nous abandonnons l'opération d'Alexander, dans les rétroversions adhérentes, avec lésions annexielles. Cette opération manquerait le but cherché, car si elle est suf-

fisante pour maintenir en bonne position un utérus réduit, elle est insuffisante pour tirer sur des adhérences, et les distendre.

D'autre part, les tractions exercées sur les ligaments ronds raccourcis peuvent, en cas de lésions inflammatoires des annexes, déterminer des phénomènes douloureux, qui aggravent la situation des malades.

L'opération d'Alexander enfin est une opération aveugle, et par cela même peu recommandable, lorsqu'il existe de la périmétrite. Une de nos observations vient un peu à l'appui de notre opinion. Dans notre observation, il existait une faible adhérence de la face postérieure de l'utérus. Cette adhérence, méconnue avant l'intervention, s'est révélée lorsque l'utérus a été réduit par la traction qu'elle exerçait sur le cul-de-sac postérieur. De fait, et ceci nous montre la résistance des ligaments ronds, cette bride s'est rompue ou allongée, comme nous l'a prouvé l'examen de notre malade, revue au bout d'un mois environ, après l'opération.

Mais l'amélioration dans ce cas a été moins complète et quelques douleurs passagères ont réapparu, malgré la réduction parfaite de l'utérus.

Lorsqu'il existe des lésions annexielles, lorsque la matrice est soudée dans une position vicieuse, l'hystéropexie abdominale doit reprendre tous ses droits : seule, cette opération permettra de se rendre compte de la position exacte de l'utérus, des causes qui rendent la rétroversion irréductible, et de l'état des annexes : grâce à l'hystéropexie, les brides pourront

être méthodiquement sectionnées ; les trompes et les ovaires examinées avec soin seront réséquées ou conservées ; et enfin la suture de la face antérieure de la matrice à la paroi abdominale assurera une guérison définitive.

Nous pouvons donc préciser de la façon suivante les indications de l'opération d'Alexander, modifiée suivant notre procédé.

L'indication la plus formelle visera les rétroversions mobiles, avec intégrité des annexes, chez lesquelles le port d'un pessaire, suffisamment prolongé, n'aura donné aucun résultat. Il en serait de même des cas où le pessaire serait mal supporté, et entraînerait des phénomènes douloureux, ou de compression du côté des voies génitales inférieures.

Une indication, moins précise, presque de sentiment, sera fournie par les malades qui, atteintes de rétroversion mobile, s'effraieront à la perspective de porter pendant plusieurs mois un pessaire, tant par considération personnelle que par une susceptibilité morale, relative à leur vie génitale.

Le chirurgien, dans ces conditions peut, croyons-nous, pratiquer une opération aussi innocente que l'Alexander modifié qui, sans laisser de cicatrice apparente, guérira en huit jours les malades atteintes de rétroversion mobile.

Quant aux rétroversions adhérentes, c'est sans arrière-pensée que nous les croyons uniquement justiciables de l'hystéropexie abdominale, lorsque les moyens de petite gynécologie auront échoué.

CONCLUSIONS

I. Le raccourcissement des ligaments ronds est anatomiquement et physiologiquement une bonne opération dans le traitement de certaines rétroversions utérines.

II. Parmi les procédés opératoires employés, il faut rejeter ceux qui utilisent le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds pour recourir aux méthodes extra-péritonéales.

III. Le procédé, employé par M. le professeur agrégé Villard, consiste dans le raccourcissement des ligaments ronds, attirés fortement à travers le canal inguinal, et noués ensuite l'un à l'autre au devant de la gaine des muscles droits. Une incision curviligne faite dans la région pileuse du pubis, découvre simultanément les deux orifices inguinaux.

IV. Le procédé opératoire est d'une innocuité absolue et ne laisse aucune cicatrice apparente, et le maintien de la réduction a toujours été complet et définitif.

V. Dans deux cas une fistule survenue évolué sans aucun incident.

VI. Le nouement des ligaments ronds raccourcis sera indiqué dans les cas de rétroversions mobiles, sans lésions annexielles, et lorsque le traitement suffisamment prolongé par les pessaires aura échoué.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
FOCHIER.

Vu

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR,
LACASSAGNE.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 18 mars 1901.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
G. COMPAYRÉ

BIBLIOGRAPHIE

- ALQUIÉ, Bulletin de l'Académie de médecine, 1840-41.
ARAN, Maladie de l'utérus, Paris 1850, p. 1839.
KOEBERLÉ, Gazette médicale de Strasbourg, n° 3, 1877.
RAVINGTON, Médical Press. circul. 1872 (in. th. Maurique).
DENEFFE, Revue médicale belge, sept 1885.
ROUX, Revue médicale de la Suisse Romande, 1888, p. 645.
ALEXANDER (W.), Medical Times and Gaz, avril 1882.
ADAMS, de Glasgow, Medical gaz., juin 1882 (in th. Maurique).
MACFIE CAMPBELL, Liverpool med. and ch. J., n° 5, juillet 1883-
p. 236.
ALEXANDER (W.), The treatment of backward displacements of
the uterus and prolapsus by the new methode of shor-
tening of round ligaments (Churchill, 1884). Glasgow
medical journal 1884.
GARDNER (L.), Glasgow medical journal, 1884.
IMLACH, Edimburgh med. J., 1885, p. 913 (in th. Maurique).
TAIT (L.), Britisch medical Assoc., séance du 10 juin 1885.
GREG. SMITH (J.), British med. J., n° 1, 1884.
A. DUNCAN (W.) British med. J., 18 juillet 1885, p. 123.
ALEXANDER (W.), British gyn. J., nov. 1885, p. 248.
EMMET, Soc. obst. de New-York, séance du 18 nov. 1884.
PARISH.
MUNDÉ.
POLK.
DURAND-FARDEL, Gaz. médicale du 10 janvier 1885.
HACHE ET TISSIER, Commun. à la Soc. cl. de Paris, 9 avril 1885,
Revue obst. et gynécol., avril 1885, p. 174.
DOLERIS ET RICARD, Union médicale, 24 novembre 1885.

BEURNIER, Union médicale, 6 décembre 1885.

MANRIQUE, Etude sur l'opération d'Alexander, précédée de quelques considérations sur les déplacements de l'utérus (thèse de Doctorat, Paris 1885-86).

BEURNIER, thèse de Doctorat, Paris 1886.

DOLÉRIS ET RICARD, Union médicale, 29 décembre 1886.

POZZI, Bulletin et Mém. de la Soc. de chirurgie, 1887, p. 93.

BOUILLY, Bulletin et Mém., 1887, p. 130.

SCHWARTZ, Bull. et Mém. de la Soc. de chir., 1889, séance du 20 mars.

CHAMPIONNIÈRE (L.), Bull. de la Soc. de chirurgie, 1889.

BOUILLY, Bull. de la Soc. de chirurgie, séance du 20 mars.

QUÉNU, Ibidem.

RICHELOT, Bull. de la Soc. de chir., 1887, séance du 27 mars.

TRÉLAT.

SEGOND, Bull. de la Soc. de chir., 27 mars 1889.

RACOVICLANU, Des indications et des ressources opératoires dans les rétro-déviations chroniques de l'utérus (thèse de Doctorat, Paris 1889.)

DELBET, Traité chir., Duplay et Reclus., t. VIII.

WARDE (J.), De l'intervention chirurgicale dans les rétro-déviations de l'utérus. Alexander, et hystéropexie (thèse de Doctorat, Paris 1893.

CHAPUT, Semaine médicale, 1892.

OTTO LAZZ, Arch. für Gynäkologie, XL, iv, 2, 1893. Semaine médicale 1893.

Congrès de gynécol., d'obst. et de pédiatrie. Bordeaux, du 8 au 15 août 1895., in Nouv. Arch. d'obst. et de gynécol., 25 septembre 1895.

* PICHEVIN, Congrès international de gynécol. et d'obst. tenu à Genève du 1^{er} au 15 septembre 1896.

PETIT (P.), Annales de gynécol., décembre 1896.

CHALEIX-VIVIE, Congrès de Genève, 1896, et Semaine gynécol., février 1897.

KUMMER, Ibidem.

SIMOËS, Des rétro-déviations mobiles. De leur traitement par l'opération d'Alquié. Alexander (thèse de Doctorat, Paris, 1897.)

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Exposition et description du traitement des rétro-déviations utérines	7
CHAPITRE II. — Histoire de l'opération. — Procédés plus ou moins variés depuis son origine.	16
CHAPITRE III. — Manuel opératoire	26
CHAPITRE IV. — Observations	30
CHAPITRE V. — Discussion de la valeur du procédé. Ses résultats	41
CHAPITRE VI. — Indications.	47
CONCLUSIONS.	55
BIBLIOGRAPHIE.	57

